

L'association inhibiteur de l'enzyme de conversion et antagoniste calcique. Quelle place chez le patient coronarien stable ?

Luc Lorgis¹, Carole Richard¹, Aurélie Gudjoncik¹, Marianne Zeller², Philippe Buffet¹, Isabelle L'Huillier¹ et Yves Cottin¹

1 Service de Cardiologie, CHU Bocage, Dijon, France

2 IFR-Santé-STIC, Université de Bourgogne, Dijon, France

Texte reçu le 26 avril 2010 ; accepté le 1^{er} octobre 2010

Mots clés :

maladie coronaire stable ;
traitement médical ;
optimisation ;
inhibiteur de l'enzyme de conversion ;
antagoniste calcique ;
suivi

Résumé – Les maladies cardiovasculaires représentent l'une des plus importantes causes de mortalité et de morbidité précoce dans le monde industriel et deviennent un problème de santé publique croissant dans de nombreux pays en voie de développement. Les recommandations américaine et européenne soulignent que le traitement médical associé à la correction des facteurs de risque et aux modifications de style de vie sont la pierre angulaire du traitement de cette pathologie. En raison de leur impact sur le pronostic, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) sont systématiques chez le coronarien stable. Récemment, plusieurs grands essais ont démontré l'intérêt de l'adjonction d'un antagoniste calcique, amlodipine, à un IEC, perindopril, chez le patient à haut risque cardiovasculaire, chez le coronarien stable ou chez le patient hypertendu. Cette association est synergique sur le contrôle tensionnel et sur la protection des organes cibles, conduisant ainsi à une réduction des événements cardiovasculaires sur le long terme.

Keywords:

coronary artery disease;
medical treatment;
optimisation;
angiotensin converting enzyme inhibitor;
calcium antagonist;
follow-up

Abstract – Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor and Calcium Antagonist Combination. Which Place in Patients with a Stable Coronary Artery Disease? Cardiovascular diseases are one of the main causes of early morbidity and mortality within occidental world as well as in developing countries where they become a growing burden of public health. North-American recommendations and the ones of the European Society of Cardiology underline that medical treatment, risk factor management and life-style modifications are cornerstone of the treatment. Thanks to their impact on prognosis, angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors are obvious in stable coronary patients. Recently, some large trials have supported the benefits of combining calcium antagonist, amlodipine, and ACE inhibitor, perindopril, in patients with high cardiovascular risk, stable coronary patients or hypertensive patients. This combination has synergistic properties on blood pressure control and target-organ protection, thus reducing cardiovascular events over the long term.

1. Introduction

Les maladies cardiovasculaires représentent une des premières causes de mortalité et de morbidité dans le monde industriel et deviennent un problème croissant dans de nombreux pays en voie de développement. Les recommandations de l'*American College of Cardiology/American Heart Association* (ACC/AHA) mais aussi celles de la Société Européenne de Cardiologie soulignent pourtant que le traitement médical associé à la correction des facteurs de risque et aux modifications de style de vie sont la pierre angulaire du traitement de ces pathologies.^[1,2] Si la place des inhibiteurs de l'enzyme de conversion est maintenant bien éta-

blie, des données récentes soulignent l'intérêt de certaines associations avec un antagoniste calcique (AC) en raison de leur effet additionnel. Dans cette revue, la place de ces associations sera détaillée chez le patient coronarien hypertendu ou non.

2. Quelle définition pour le patient coronarien stable et quel est le profil du patient ?

C'est William Heberden qui la première fois, en 1772, a utilisé le terme d'angine de poitrine pour caractériser un syndrome au cours duquel le patient avait le « sentiment de s'étrangler associé

à une anxiété ». Bien que son étiologie n'ait été reconnue que quelques années plus tard, il est désormais habituel de limiter le terme angor stable aux cas où le syndrome peut être attribué à une ischémie myocardique.^[2] Il faut souligner que la prévalence de l'angor dans les études épidémiologiques augmente fortement avec l'âge dans les deux sexes. Ainsi chez les femmes âgées de 45-54 ans et de 65-74 ans, la prévalence est respectivement de 1 % et 10-15 % ; et chez les hommes âgés de 45-54 ans et de 65-74 ans, la prévalence est de 2,5 % et 10-20 %. Par conséquent, on peut estimer qu'en Europe, 20 000 à 40 000 individus par millions d'habitants présentent un angor stable.

Ces dernières années, l'évolution des prises en charge, et en particulier du dépistage et des thérapeutiques a modifié la présentation clinique des patients qui sont de moins en moins symptomatiques. En conséquence, actuellement, toutes les études et recommandations séparent l'angor stable du coronarien stable. À ce jour, la définition la plus couramment retenue d'un coronarien stable, symptomatique ou non, repose sur la présence d'un des éléments suivants : a) un antécédent d'infarctus du myocarde de plus de 6 mois ; b) une lésion angiographique avec une sténose supérieure à 50 % ; c) une preuve de l'ischémie myocardique induite par une épreuve d'effort, une scintigraphie myocardique ou une échocardiographie de stress ; d) ou des antécédents de revascularisation percutanée ou chirurgie coronarienne.^[3]

Le délai d'évaluation après un syndrome coronarien est majeur. En effet les travaux d'Hirsh montrent clairement une surmortalité des infarctus avec sus-décalage du segment ST (STEMI) et des infarctus sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI) par rapport aux patients en angor stable mais uniquement au cours des 6 premiers mois. Par contre, au-delà du sixième mois, cet auteur, sur une large série de 10 549 patients ayant bénéficiés d'une angioplastie, démontre après ajustement à l'âge et au sexe, une absence de différence significative de mortalité avec un suivi médian de 3,2 années entre les trois groupes, respectivement pour les STEMI, NSTEMI et angor stable, 9,8 %, 9,5 % et 8,2 %.^[4]

Parallèlement, le profil des patients évolue et donc doit être pris en compte dans l'optimisation du traitement médical et en particulier du contrôle des facteurs de risque. Ainsi les données récentes EUROASPIRE 3, montrent que parmi les coronariens, 28 % sont diabétiques, 38 % sont obèses et 61 % sont hypertendus. Parmi ces derniers seulement 40 % sont contrôlés.^[5]

3. Prise en charge thérapeutique du coronarien stable : revascularisation et traitement médical

À ce jour, la prise en charge du coronarien stable vise à 2 objectifs : le traitement symptomatique et l'amélioration du pronostic.^[1,2]

Le traitement symptomatique de la crise angineuse se fait par les dérivés nitrés d'action rapide, et au long cours par différentes classes de médicaments dont les bêta-bloqueurs, les antagonistes calciques, les dérivés nitrés et d'autres molécules parmi lesquels la trimétazidine, la molsidomine, le nicorandil et récemment l'ivabradine.

Pour la prévention secondaire la prise en charge thérapeutique comprend 3 approches : des changements du style de vie, le traitement médical et la revascularisation. Les changements du style de vie incluent l'exercice physique et un régime alimentaire adapté, les 2 agissant aussi sur le contrôle pondéral. Parmi les médicaments incontournables, il faut citer les antithrombotiques (aspirine, les bloqueurs du récepteur ADP P2Y12), les statines, les bêta-bloqueurs et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion. En ce qui concerne la revascularisation, 2 stratégies peuvent être mises en œuvre en fonction de l'étendue et de la gravité de la sténose : le pontage coronaire ou la pose d'un stent nu ou recouvert de médicament actif.

3.1. Revascularisation et/ou traitement médical

L'étude COURAGE publiée en 2007 dans le *New England Journal of Medicine* a randomisé plus de 2 000 patients coronariens stables avec au moins une lésion coronaire supérieure à 70 % et une ischémie documentée.^[6] L'optimisation du traitement médical est remarquable dans les deux groupes mais surtout, a été maintenue sur le long terme, quel que soit le groupe de randomisation (traitement médical seul ou angioplastie coronarienne). Dans cette large étude randomisée, le pourcentage de patients totalement asymptomatique était de seulement 13 %, et la répartition en classe CCS¹ I, II et III était de respectivement 30 %, 36 % et 23 %. Le profil des patients à l'inclusion était également en accord avec les données épidémiologiques. En effet, 66 % des patients étaient hypertendus, 32 % diabétiques, 38 % présentaient un antécédent d'infarctus du myocarde et 26 % des antécédents de revascularisations. Pour le critère de jugement incluant décès toutes causes et infarctus du myocarde, aucune différence n'apparaît entre le bras angioplastie et le bras traitement médical, respectivement 19,0 % et 18,5 % (p = 0,62) à 5 ans, de même que pour les hospitalisations pour syndrome coronaire aigu, respectivement 12,4 % et 11,8 % (p = 0,33). De plus, par l'analyse des sous-groupes de cette large cohorte, les auteurs n'identifient aucun facteur prédictif pour le critère principal, en particulier parmi les antécédents

¹ Classification selon les critères de la *Canadian Cardiovascular Society* cotée de I à IV (CCS I pour les patients pouvant réaliser une activité physique normale, les douleurs n'apparaissant qu'avec un effort important et CCS IV pour les patients étant dans l'impossibilité d'effectuer un effort physique sans douleur).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2579223>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2579223>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)